

- Caregiver di persona rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza (**CGm**)
- Caregiver di persona non autosufficiente o con disabilità che non rientra nella condizione di disabilità gravissima (**CGb**)

Intervento A.3 destinato ai programmi di accompagnamento finalizzati alla deistituzionalizzazione e al ricongiungimento del caregiver con la persona assistita

- Caregiver di persona affetta da decadimento cognitivo accompagnato a gravi disturbi comportamentali o di persone con disturbi neurosensoriali che necessitano di supervisione ed assistenza continuativa (**CGmgs**)
- Caregiver di persona in condizione di dipendenza vitale e/o ventilazione assistita che necessita a domicilio di assistenza continuativa nelle 24 ore (**CGa**)
- Caregiver di persona affetta da sclerosi laterale amiotrofica (**CGsla**)
- Caregiver di persona con disabilità psichica e intellettiva di età compresa tra 3 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGp**)
- Caregiver di persona con disabilità fisica e motoria di età compresa tra 18 e 64 anni cui sia stato riconosciuto lo stato di handicap grave (**CGf**)
- Caregiver di persona rivolta a persone affette da decadimento cognitivo accompagnato da gravi disturbi comportamentali con particolare bisogno di supporto ed assistenza (**CGm**)
- Caregiver di persona non autosufficiente o con disabilità che non rientra nella condizione di disabilità gravissima (**CGb**)

a tal fine,

sotto la propria responsabilità e consapevole delle conseguenze civili e penali derivanti da dichiarazioni false o incomplete ai sensi del DPR 445/2000

dichiara

- di garantire ed assicurare adeguata assistenza a favore della persona assistita presso il domicilio e di accettare le modalità di designazione e di accettazione del ruolo di caregiver familiare ai fini dell'utilizzo delle risorse;
- la disponibilità propria e dei familiari a collaborare con le persone incaricate a raccogliere informazioni sulla condizione della persona assistita, fornendo con correttezza le informazioni richieste;
- nel caso di persona affetta da demenza accompagnata da gravi disturbi comportamentali, dichiara la disponibilità propria e dei familiari a collaborare nella valutazione delle condizioni cliniche della persona assistita, con le seguenti modalità:
 - disponibilità ad accompagnare presso la sede che sarà indicata dall'Azienda ULSS;
 - disponibilità presso il domicilio della persona interessata, per impossibilità della stessa ad essere trasportata;
- che il proprio è un nucleo familiare: monoparentale oppure composto da più persone;
- che gli anni di effettiva convivenza ed assistenza con la persona assistita ammontano a _____;
- che a riprova della conciliabilità dell'attività lavorativa con le ore di assistenza al familiare le ore lavorative del richiedente ammontano a _____ al giorno;
- di essere a conoscenza che la mancata presentazione della attestazione ai fini ISEE, comporta l'esclusione dal beneficio;
- di essere a conoscenza che la mancata accettazione al trattamento dei dati personali comporta l'esclusione dal beneficio;

INFORMATIVA PRIVACY

In osservanza delle disposizioni in materia di tutela dei dati personali desideriamo informarla che i dati personali e anagrafici da lei forniti saranno gestiti nel rispetto del GDPR 2016/679 da tutti gli enti coinvolti.

1) Quali dati trattiamo?

I dati indispensabili all'identificazione del richiedente l'accesso agli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari, della persona non autosufficiente per la quale viene richiesto tale beneficio, i dati sanitari e sociali necessari a valutare il bisogno di cura e la misura con cui tale bisogno viene soddisfatto dalla i dati relativi alla situazione economica della famiglia (ISEE) nonché quelli indispensabili a consentire il corretto svolgimento del rapporto professionale e di fiducia con gli uffici preposti all'attuazione e al controllo del progetto assistenziale.

2) Come raccogliamo i dati, perché li trattiamo?

I dati vengono raccolti dagli uffici preposti del Comune (o dell'Ente da questi delegato) o dell'Azienda ULSS tramite il modulo di richiesta compilato dal richiedente, eventualmente anche presso gli sportelli preposti, al fine di aiutare il richiedente stesso nella corretta compilazione della autocertificazione. I dati di tipo sanitario o sociale vengono raccolti e compilati dall'assistente sociale e dal medico di medicina generale o dalle UVMD distrettuali, avvalendosi della SVaMA, della SVaMDi e di altri strumenti di valutazione della non autosufficienza. I dati vengono raccolti, oltre che su documenti cartacei, anche tramite la procedura informatica regionale, approvata con DGR n.1338/2013, che collega gli Enti sopra elencati, per la valutazione dell'idoneità, l'inserimento nelle graduatorie e nei registri degli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari. I dati sono trattati per le finalità, esplicite e legittime, che indichiamo qui di seguito:

- a) Finalità funzionali all'adempimento di obblighi normativi, previsti da leggi, decreti, regolamenti e/o da altri atti ad essi equiparati.
- b) Finalità funzionali alla gestione degli interventi a sostegno del ruolo di cura ed assistenza caregiver familiari e degli adempimenti che da esso dipendono.
- c) Finalità connesse al controllo dei dati dichiarati, in base ai quali viene valutata l'idoneità e la misura del beneficio, come previsto dalla specifica normativa.
- d) Finalità informative (per quanto riguarda l'indirizzo email) in merito ad aggiornamenti alla programmazione regionale per la non autosufficienza.

3) E' obbligatorio conferire i dati. Cosa accade se non vengono conferiti?

Il conferimento dei dati personali richiesti è obbligatorio per adempiere alle finalità sopra elencate. Il diniego al trattamento dei dati potrà operare solo per i periodi per i quali non è stato erogato il contributo e comporterà automaticamente la cessazione della valutazione ai fini dell'erogazione del contributo.

4) A chi possono essere comunicati i dati, qual è l'ambito di diffusione?

Nell'ambito delle attività di controllo e amministrativo-contabili si rende necessaria la comunicazione di alcuni dei dati trattati (es.: ragioneria, banche, Agenzia delle Entrate e in genere a tutti gli enti delegati al controllo). Ovviamente rispondiamo alle eventuali intimazioni e alle ordinanze delle Autorità Giudiziaria, nei procedimenti legali, e adempiamo alle disposizioni impartite da Autorità e Organidi vigilanza e controllo.

5) Quali sono i suoi diritti, come farli valere?

Potrà rivolgersi per far valere i suoi diritti presso l'Ente a cui è stata presentata domanda o che ha preso in carico tale domanda a seguito di trasferimento in altro luogo nella Regione del Veneto.

In relazione al trattamento di dati personali Lei ha diritto:

- di conoscere in ogni momento quali sono i suoi dati personali in nostro possesso e come essi vengano utilizzati.
- di chiedere la sospensione od opporsi al loro trattamento, inviando una richiesta in tal senso, in qualsiasi forma (fax, e-mail, lettera) al responsabile del trattamento dell'Ente che al momento ha in carico la domanda.

Nell'esercizio di tali diritti può conferire, per iscritto, delega o procura a persone fisiche o ad associazioni.

Dopo aver preso visione dell'informativa di cui sopra, autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella domanda per l'ICG nonché dei dati socio sanitari rilevati dagli Enti preposti a tale adempimento e delle successive variazioni che mi impegno a comunicare nel termine di 30 giorni.

In fede,

(luogo e data)

Il dichiarante
(firma leggibile)

**CHECK-LIST DI VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA EROGATA
A SOGGETTI BENEFICIARI INTERVENTI A SOSTEGNO DEL
RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATI AI CAREGIVER FAMILIARI**

Attività	Controllo effettuato	Adeguatezza	Note o commenti
01.Pulizia e igiene della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
02.Situazione vestiario e calzature	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
03.Presidi per la mobilità della persona / ausili	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
04.Convivenza con altre persone	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
05.Situazione nutrizionale della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
06.Presenti in casa farmaci prescritti o da banco	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
07.Farmaci in ordine con evidenza di somministrazione regolare	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
08.Sorveglianza sull'incolumità della persona	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
09.Evidenza di preparazione pasti caldi	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
10.Disponibilità cibo in casa	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
11.Convivenza con animali domestici	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
12.Sicurezza ambientale (rischio cadute, infortuni)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
13.Pulizia della casa	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
14.Riordino della casa	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
15.Riscaldamento (inverno)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
16.Condizionamento (estate)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
17.Compagnia, supporto anche da persone non conviventi	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
18.Sicurezza ambientale (altri rischi)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
19.Utenze (gas, energia el., acqua, telefono)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
20.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	
21.Altre situazioni di rilievo (specificare: _____)	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> si, <input type="checkbox"/> no	

_____ (luogo e data)

_____ Il dichiarante
(firma leggibile)

Allegata copia del documento di identità.

Annotazione estremi del documento di identità:

Tipo: Carta di identità, Patente di guida, Altro (_____)

rilasciato da _____ il _____ Numero _____

E' stato fatto riferimento a CDC Centro di Decadimento cognitivo (DGR 3542/2007): si, no

Indicare chi ha in carico la gestione farmacologica e non farmacologica della malattia di base e dei disturbi:

Data di compilazione |_|_|||_|_|||_|_|_|_|_|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Dichiarazione ISEE,
quadro sinottico SVaMA modificato (DGR n. 1338/2013)
verbale test NPI

QUADRO SINOTTICO SVaMA		CRITERI E PRIORITA' PER	CGm, CGmgs e CGa
COGNOME E NOME:		DATA di NASCITA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
SEDE DI VALUTAZIONE:		DATA: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

SITUAZIONE COGNITIVA	VCOG	<input type="text"/>	x 1.5 =	<input type="text"/>
		(max 10)		
MOBILITÀ	VMOB	<input type="text"/>	x 0.2 =	<input type="text"/>
		(max 40)		
SITUAZIONE FUNZIONALE	VADL	<input type="text"/>	x 0.2 =	<input type="text"/>
		(max 60)		
NECESSITÀ DI ASSISTENZA SANITARIA	VSAN	<input type="text"/>	x 0,2 =	<input type="text"/>
		(max 80)		(max 10)
Presenza disturbi comportamentali (se PCOMP = 2 o 3)		15	x 1.0 =	<input type="text"/>

TOTALE SANITARIO	<input type="text"/>
	(max 45)

SITUAZIONE ECONOMICA rispetto al progetto assistenziale proposto		
Totalmente indipendente	0	
Dipendente da parenti o da altre persone	2	x 1,0 = <input type="text"/>
Dipendente dall'Ente pubblico	6	

SITUAZIONE SOCIALE	VSOC	<input type="text"/>	x 0.1 =	<input type="text"/>
		(max 240)		

TOTALE SOCIALE	<input type="text"/>
	(max 30)

Esistono alternative alla istituzionalizzazione	25
Le alternative alla istituzionalizzazione rispondono parzialmente ai bisogni	20
Non vi sono alternative alla istituzionalizzazione	10
Assoluta urgenza sociale (in attesa di istituzionalizzazione)	0

ALTERNATIVE ALLA ISTITUZIONALIZZAZIONE	<input type="text"/>
	m a (max 25)

TOTALE GENERALE	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

Data di compilazione |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)



CGa


INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER FAMILIARI CON ALTO BISOGNO ASSISTENZIALE - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____|Codice

Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Persona in condizione di dipendenza vitale con necessità di assistenza h24 ¹:
- 2) L'utente è già stato preso in carico in ADI: sì, no (se no, va attivata la presa in carico ADI, come requisito per accedere all'CGa)
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 4) Valore ISEE familiare: |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|,00 € ²

Data di compilazione |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)**1. RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD**

Punteggio totale SVaMA modificata per l'inserimento in graduatoria	
---	--

A

Data di compilazione |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)**Allegati:**
**Certificazione ISEE,
 Scheda SVaMA con quadro sinottico SVaMA modificato (DGR n. 1338/2013)**
¹ Da confermare in UVMD con SVaMA² Deve essere inferiore a € 60.000,00



CGp



INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI CON DISABILITA' PSICHICA E INTELLETTIVA - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____|Codice

Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |____|____|____|____|____|____|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |____|____|____|____|____|____|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Età compresa tra 3 e 64 anni:
- 2) Grave disabilità psico-fisica (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento:
- 3) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 4) Valore ISEEI individuale: |____|____|____|____|,00 €

Data di compilazione |____|____|____|____|____|____|

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità ¹		
Punteggio ISEE	[ISEEmax ² / ISEE ³] ^{x5}	
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	TOT.	

Data di compilazione |____|____|____|____|____|____|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati:
Certificazione ISEE,
Scheda valutazione disabilità,
Certificazione ai sensi della Legge 104/1992

¹ Espresso in sessantesimi
² Definito dalla programmazione regionale.
³ Se ISEEI < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00



CGf

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI CON DISABILITA' FISICO-MOTORIA - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____|Codice

Fiscale |____|____|____|____|____|____|____|____|____|____|

residente nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |____|____|____|____|____|____|____|____|

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____)

in via _____ n. _____ telefono |____|____|____|____|____|____|____|____|

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Età compresa tra 18 e 64 anni:
- 2) Grave disabilità fisico-motoria (art. 3, c. 3, Legge 104/1992) con presenza di indennità di accompagnamento:

Data di compilazione |____|____|____|____|____|____|

Il funzionario

(timbro e firma leggibile)

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio totale valutazione disabilità ¹	
Valore ISEEi €	____ ____ .____ ____ ____ ____ ,00
Punteggio ISEE	[30.000,00 / ISEEi ²]
Punteggio per l'inserimento in graduatoria	TOT.

Data di compilazione |____|____|____|____|____|____|

Il responsabile dell'UVMD

(timbro e firma leggibile)

Allegati:

Certificazione ISEE,

Scheda valutazione disabilità,

Certificazione ai sensi della Legge 104/1992

¹ Espresso in sessantesimi

² Se ISEEi < 1.000,00 €, allora dividere per 1.000,00



CGsla

INTERVENTO A SOSTEGNO DEL RUOLO DI CURA E ASSISTENZA DESTINATO AI CAREGIVER DI FAMILIARI AFFETTI DA SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) - SCHEDA DI RACCOLTA DATI

(cognome e nome) _____
 nato/a a _____ (____) il ____/____/____ Codice
 Fiscale ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____
 residente nel Comune di _____ (____)
 in via _____ n. _____

indicare SOLO se diverso dalla residenza:

domiciliato nel Comune di _____ (____) in
 via _____ n. _____

Medico di Medicina Generale, dr. _____

Pre-verifica dei requisiti per l'invio all'UVMD:

- 1) Certificazione Centro malattie rare
- 2) L'utente non è inserito a titolo definitivo in strutture residenziali o semiresidenziali:
- 3) Valore ISEE familiare: | | | | | | | | | | ,00 ¹

Data di compilazione ____/____/____

Il funzionario

 (timbro e firma leggibile)

¹ Deve essere inferiore a € 60.000,00

RIASSUNTO ATTIVITA' UVMD

Punteggio ALSfrs pesato (pALSfrs)	
Punteggio Sociale (psco)	
Totale alternative all'istituzionalizzazione	
Punteggio graduatoria	
Classe gravità	
Coefficiente ISEE	
Importo mensile effettivo contributo	

Data di compilazione ____/____/____

Il responsabile dell'UVMD

 (timbro e firma leggibile)

Allegati: Certificazione ISEE, Scheda valutazione della persona affetta dal SLA (DGR n. 1986/2013)